THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — THÈSE N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marius AUBERT

DES ADÉNITES

DANS LA

DEUXIÈME SEMAINE DE LA SCARLATINE

Président : M. CH. ACHARD, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET GOSSET LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE Henri	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FEMME

En témoignage de ma tendre affection.

A MON FILS

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A NOS MAITRES DE L'HOTEL-DIEU
DE CLERMONT-FERRAND

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Docteur JEAN FERRAND

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

Qui nous a inspiré ce travail et à qui nous adressons nos bien vifs remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés.

A Monsieur le Professeur ACHARD

Officier de la Légion d'Honneur
Membre de la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

Qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

DES ADÉNITES

DANS LA

DEUXIÈME SEMAINE DE LA SCARLATINE

INTRODUCTION

Au cours de la scarlatine, on remarque fréquemment des poussées inflammatoires intéressant le système lymphatique. Elles se déclarent à toutes les phases de la maladie, depuis la période d'invasion jusque pendant la convalescence, et ont suivant la date de leur apparition un aspect clinique différent.

Nous négligeons les cas où l'adénite semble avoir été le premier symptôme de l'affection. Ce sont des éventualités rares qui sont citées dans la littérature médicale.

De même l'adénite contemporaine de l'angine, à résolution rapide, est bien connue, de même que celle qui survient généralement au cours de la troisième ou de la quatrième semaine. Celle-ci s'accompagne souvent des complications diverses, dont la néphrite est la plus habituelle. Cette évolution tardive a été décrite sous le nom d'adénite post-scarlatineuse par Schik en 1905 et plus récemment par Guyonnet dans sa thèse de Paris en 1908.

Mais il est une autre manifestation ganglionnaire débu-

tant au moment où se dissipent les symptômes aigus de la fièvre pourprée. C'est plus particulièrement cette forme de l'adénite scarlatineuse, peu décrite dans les auteurs, que nous nous sommes attaché à étudier, persuadé que ce travail contribuera à en fixer la physionomie clinique.

Nous avons été aidé dans notre tâche par la bienveillance de M. le Dr Ferrand qui nous a ouvert son service et nous a fait profiter de sa grande expérience. C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse ; il nous a guidé dans nos recherches. Nous lui en gardons une profonde gratitude.

Tous nos remerciements vont à nos premiers maîtres de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, spécialement à M. le Professeur Maurin qui nous a familiarisé avec les débuts si arides de la clinique médicale ; à MM. les Professeurs Lepetit et Bousquet qui ont commencé notre formation chirurgicale. A Paris, nous nous sommes perfectionné dans l'art des accouchements et dans la chirurgie infantile à l'école des Professeurs Bar et Broca. Nous renouvelons à tous notre respect et notre reconnaissance.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Fréquence

La scarlatine est habituellement une affection bénigne et les complications y sont rares. Parmi elles, il en est une qui passerait souvent inaperçue, si elle n'était décelée par des oscillations thermiques caractéristiques et par un examen clinique systématique.

En examinant les courbes de température de plus de 500 cas de scarlatine, on est frappé par ceci :

Si on élimine les formes malignes dès le début, qui se maintiennent assez longtemps à des températures élevées,

à moins que la terminaison fatale ne survienne, on remarque que la chute thermique est à peu près accomplie vers le quatrième ou cinquième jour ; la fièvre dépasse parfois 40 degrés avec rémission matinale, puis décroît rapidement pour faire place à une apyrexie définitive.

Mais souvent la défervescence est arrêtée par une nouvelle poussée fébrile ou bien plus souvent encore, alors qu'elle s'est complètement effectuée, on constate une nouvelle courbe ascensionnelle entre le huitième et le douzième jour.

A quoi correspond cette anomalie dans la feuille de température ? On recherche l'angine, le rhumatisme, l'otite, la néphrite, les complications pulmonaires ou autres et on ne trouve rien de semblable.

Or l'observation nous a montré des cas analogues où une grosse adénite menaçant suppuration a été la seule complication concomitante. Nous en sommes arrivé à penser que toutes ces poussées fébriles ne correspondant à aucune autre complication appréciable viscérale ou pharyngienne, doivent être attribuées à une seule cause : l'adénite. Notre hypothèse a été confirmée entièrement par la suite de nos observations.

Cette encoche se rencontre sur nos courbes dans 25 0/0 des scarlatines observées.

Il est bien évident que ces chiffres ont été établis sans tenir compte aussi bien des cas où l'angine du début subsiste encore, que de ceux où surviennent des complications angineuses vraies ou des amygdalites phlegmoneuses s'accompagnant d'adénite. Ces accidents constituent d'autres complications de la scarlatine, différentes de celles que

nous étudions ici, qui est caractérisée par des phénomènes d'adénite aigue simple, sans manifestation pharyngée, avec absence le plus généralement de rhumatisme, néphrite, otite ou autre complication.

CHAPITRE II

Symptomatologie

Le début s'annonce soit par une légère raideur dans les mouvements du cou, soit par un peu de difficulté de la déglutition, soit par une douleur au niveau de la région où va avoir lieu la poussée. On remarque parfois sur une amygdale une petite surface recouverte d'un léger enduit pultacé grisâtre qui regresse dès l'apparition de l'adénite.

Les modifications de la température sont le premier symptôme qui éveille l'attention. Alors que les symptômes aigus de la période d'invasion sont notablement atténués, à ce stade où l'angine disparaît, la langue desquame, l'éruption pâlit ou est même complètement effacée, la défervescence est à peu près terminée, on remarque soit une nouvelle poussée thermique faisant gravir jusqu'à deux et même trois degrés à la courbe, soit un arrêt dans la chute de la fièvre qui produit un plateau sur la courbe. Nous avons observé l'apparition de ce phénomène entre

le quatrième et le douzième jour de la maladie, plus souvent vers les septième et huitième jours.

En même temps, si l'attention est attirée de ce côté, on constate toujours une poussée ganglionnaire localisée aux régions sous-maxillaire, cervicale ou rétro-cervicale, quand on a éliminé l'existence de toute autre complication. Les territoires intéressés peuvent l'être simultanément ou séparément, d'un seul côté ou bilatéralement ; parfois l'adénite quitte un côté ou un groupe pour se reporter ailleurs. Elle se fixe rarement aux autres régions de l'individu. On déduit facilement les relations de causalité entre la fièvre et le gonflement ganglionnaire, si on a pris soin dès le début de la scarlatine, de s'assurer de l'absence d'adénite, ainsi que nous l'avons fait pour les cas observés. Par contre nous avons reconnu dans un assez grand nombre de cas la présence de ganglions indurés antérieurs à la maladie.

Le volume des ganglions varie de la grosseur d'un pois à celui d'une amande ou d'une noix. Chez certains malades, on les trouve bien délimités au nombre de un ou deux, roulant sous le doigt ; chez d'autres, ils forment de véritables chapelets. Souvent, pendant la période aigue, dans les cas plus graves, la palpation découvre des amas ganglionnaires mal délimités par suite de la participation des tissus environnants. L'étendue de cette périadénite est parfois considérable et son importance peut donner l'aspect du cou proconsulaire.

Le sujet ressent une douleur constante, au niveau de la région atteinte, encore exaspérée par la pression. Cette douleur s'accompagne de légère dysphagie, d'inappétence.

Mais l'état général reste bon. Nous n'avons jamais vu ces adénites compliquées d'angine ou de rhinite, de néphrite ou d'autres affections se rencontrant au cours de la scarlatine.

CHAPITRE III

Evolution et pronostic

Les phénomènes aigus disparaissent en général dans les huit jours qui suivent le début de l'adénite, mais la résolution complète de l'engorgement est plus lente, quelquefois, ultérieurement, on remarque une légère récidive de très courte durée.

Dans les formes légères, l'ascension thermique est insignifiante, à peine un degré. Un petit nombre de ganglions sont intéressés, leur gonflement est minime et il disparaît rapidement, parfois au bout de quatre ou cinq jours, il n'en reste plus de trace.

Dans les formes moyennes qui sont les plus courantes, la fièvre remonte de un ou deux degrés, si elle avait disparu, sinon on voit la défervescence arrêtée et la courbe thermique se continue par un plateau, ou bien elle présente des écarts journaliers de 1°5. En même temps il y a un empâtement considérable qui après huit ou dix jours se

résout facilement mais laisse quelques petits ganglions indurés perceptibles à la palpation, qui persistent souvent encore à la fin de la convalescence.

Dans les formes sévères, la température remonte à 40 degrés et au dessus, l'empâtement prend de grandes proportions ; on craint une suppuration dont on recherche la fluctuation ; on surveille l'évolution, prêt à intervenir. Mais bientôt l'œdème diffus se dissipe et la résolution se fait lentement. Ce sont ces cas qui se rapprochent de la forme décrite par les auteurs comme pouvant aboutir au bubon ; cependant ils ne suppurent presque jamais ; nous n'en avons rencontré qu'un seul exemple.

Le pronostic de cette adénite est bénin, quand les phénomènes infammatoires prennent une certaine ampleur, il suffit de garder l'expectative pour voir bientôt tout s'amender et rentrer dans l'ordre. Cependant il persiste pendant assez longtemps un peu de polymicroadénopathie qui est sans conséquence pour le malade.

Diagnostic

Le diagnostic est simple, il est encore facilité par celui de scarlatine bien établi. On ne confondra pas ces manifestations ganglionnaires avec l'angine phlegmoneuse, car il n'y a pas de tuméfaction de l'amygdale et les symptômes généraux sont moins marqués. De même, on distinguera facilement les oreillons avec leur gonflement préauriculaire assez spécial, la notion d'épidémie sera de grande valeur dans les cas douteux.

Traitement

Ces adénites étant dues probablement au virus de la scarlatine, ainsi que nous le verrons au chapitre suivant, leur traitement spécifique se confondra avec celui de la scarlatine, quand il sera découvert. Nous faisons des applications de pommade à l'argent colloïdal, d'onguent de Crede. Quelques compresses humides sur la région tuméfiée facilitent la résolution dans les formes sérieuses.

Quand on redoute l'adénophlegmon, faut-il inciser avant que l'existence de la collection purulente soit nettement établie? On sait en effet que les adénophlegmons scarlatineux s'étendent parfois très loin en profondeur, qu'il est difficile de les explorer et que les délabrements qu'ils causent sont alors considérables. Il y a donc lieu de se demander si une intervention précoce ne limiterait pas les dégats qu'ils occasionnent. Nous avons vu que les adénites de la deuxième semaine n'aboutissaient presque jamais à la suppuration ; nous croyons donc dans ce cas de beaucoup le plus indiqué d'attendre la présence confirmée de pus collecté pour agir chirurgicalement, ce qui est exceptionnel.

CHAPITRE IV

Etiologie et pathogénie

Il est bien certain, ainsi que les auteurs l'ont signalé depuis déjà longtemps que la « scarlatine aime le ganglion ». Nous avons vu qu'elle montre son affinité pour le système ganglionnaire avec une acuité variable aux différents stades de son évolution. Recherchons maintenant quel est l'agent causal de ces manifestations.

On ne peut incriminer le retentissement ganglionnaire d'accidents pharyngés ; car nous n'avons pas remarqué en général la coexistence de l'angine et de l'adénite, et dans les cas où elle se rencontre, l'angine est très peu marquée, il y a grande disproportion entre l'importance de ces deux manifestations qui semblent évoluer séparément sans aucun synchronisme, sans aucune relation appréciable.

Est-ce une fièvre ganglionnaire banale qui complique la maladie ? On connaît bien chez les enfants ces poussées d'adénite, s'accompagnant d'une fièvre légère, qui se terminent toujours sans autre complication. La fréquence des poussées d'adénite dans la scarlatine, leur présence

aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, l'époque de leur éclosion, leur tableau clinique caractéristique en font une complication bien spéciale à la maladie et non pas une affection indépendante venant s'y greffer éventuellement. Et peut-être la fièvre ganglionnaire n'est-elle souvent elle même qu'une scarlaline méconnue ?

Les malades qui ont présenté de l'adénite de la deuxième semaine ont été trouvés, ainsi que nous l'avons décrit précédemment, porteurs d'adénites anciennes plus ou moins accentuées dans un tiers des cas observés. Certains avaient des cicatrices ne laissant aucun doute sur une suppuration antérieure. Nous avons également remarqué chez tous nos malades une grande prédilection pour les groupes ganglionnaires déjà intéressés autrefois. Il semble bien établi que ces vieilles adénites de la région cervicale sont un point d'appel pour l'infection scarlatineuse et on peut concevoir des adénites anciennes bénignes comme des tubercules frustes à peine exacerbés par la maladie iufectieuse. Etant donnée l'allure aiguë des accidents observés, on ne peut conclure qu'ils soient dus à un réveille du bacille de Koch. D'ailleurs l'action de l'agent tuberculeux ne suffirait pas pour expliquer les cas où le malade n'a pas d'antécédents bacillaires.

Malgré que les recherches bactériologiques soient paralysées par l'absence de suppuration et l'ignorance où nous sommes du microbe de la scarlatine, il semble bien que le virus scarlatin doive être tenu pour le seul responsable. Seul ou en compagnie d'autres germes, il déterminerait cette complication banale qu'est l'adénite survenant aux environs de la deuxième semaine.

CHAPITRE V

Adénite et Scarlatine

Ces phénomènes ganglionnaires surviennent, ainsi que nous l'avons montré, très souvent au cours de la scarlatine, nous les avons rencontrés dans plus du quart des cas ; on est donc autorisé, au lieu d'en faire une complication, de les considérer plutôt comme un symptôme secondaire de la maladie. La connaissance de ces adénites que Guyonnet range dans la catégorie des « adénites secondaires » nous permet de mieux comprendre l'évolution de la maladie et, sans en exagérer la valeur, comme l'écrit le même auteur « il est néanmoins assez impor-« tant de savoir les reconnaître, car elles expliquent bon « nombre de cas fébriles survenant alors que l'éruption est « en voie de disparition, ou même complètement dispa-« rue. Bien souvent on chercherait ailleurs une complica-« tion qui n'existe pas ».

Nous savons qu'elles apparaissent surtout pendant la

deuxième semaine. Or pendant cette période, tous les symptômes aigus ont diminué dans de notables proportions et il n'est pas rare qu'ils n'aient laissé aucune trace. Le médecin est alors tout à fait désarmé pour pouvoir étayer son diagnostic sur un signe quelconque ; il se voit dans l'obligation de mettre son malade en observation et d'attendre la desquamation pour affirmer un diagnostic de scarlatine.

Mais si, dans cette deuxième semaine, se déclare le symptôme d'adénite que nous venons de décrire, il aura à sa disposition un argument positif en faveur de la scarlatine. Ce sera une forte présomption et il n'aura que plus de confiance dans la légitimité des mesures prophylactiques qu'il devra appliquer. Ces tuméfactions ganglionnaires impressionnent l'entourage et il pourra beaucoup plus facilement lui faire partager sa conviction et comprendre la nécessité de prendre les précautions correspondantes.

Par contre nous n'avons pas remarqué que la présence de cette adénite eût une relation quelconque avec l'évolution ultérieure de la maladie et par conséquent il nous semble actuellement impossible d'utiliser ce symptôme pour en déduire une indication pronostique de la scarlatine.

SECONDE PARTIE

Observations

OBSERVATION I

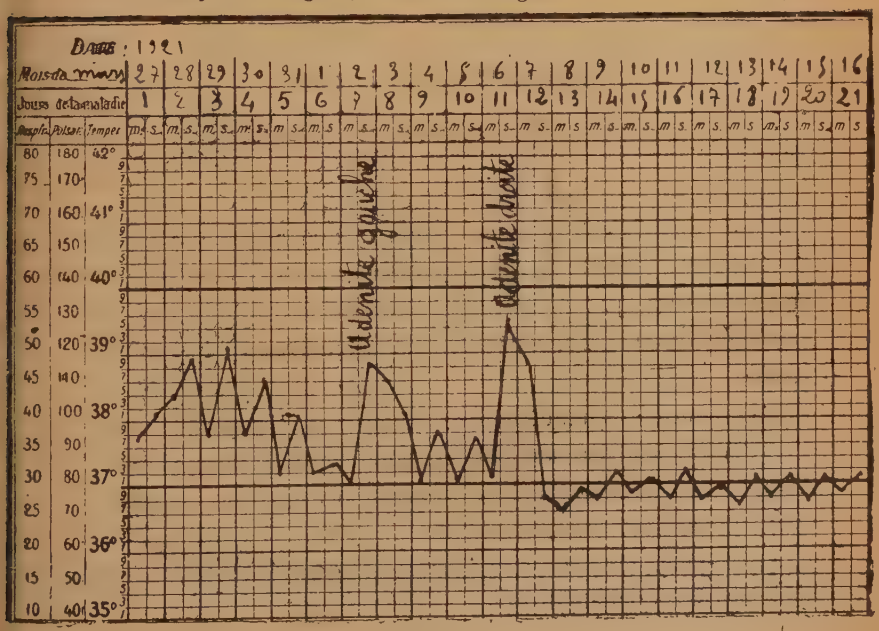
(Inédite, due à l'obligeance du Dr Ferrand)

Adénite avec réascension thermique

L. R..., 10 ans.

Aucune trace d'adénite ancienne avant le début de la scarlatine en mars 1921. Antécédents nuls.

Premier jour : Angine, fièvre : 38 degrés.



Deuxième, troisième et quatrième jours ; éruption caractéristique ayant débuté au tronc, langue saburrale. Température matinale 37°8, température vespérale aux environs de 39 degrés. Pas d'albumine.

Cinquième et sixième jour : Angine disparue avec la douleur de la gorge; Température descendue jusqu'aux environs de 37°5.

Septième jour : Adénite sous-maxillaire gauche, palissement de l'éruption. Température : 37°-38°8.

Huitième, neuvième et dixième jonr. Résolution de l'engorgement ganglionnaire disparu le neuvième jour. Température descendue et oscillant autour de 37°5.

Onzième jour : Nouvelle poussée d'adénite sous-maxillaire. mais à droite, pas d'angine. Température : 37°1-39°5.

Le lendemain défervescence brusque jusqu'à 36°8 le soir et disparition de l'adénite.

Les jours suivants, desquamation progressive, aucune trace ganglionnaire, convalescence terminée normalement sans complication.

OBSERVATION II (inédite)

Adénite avec température en plateau

A. G..., 21 ans, étudiant.

A eu des crises fréquentes d'entérite dans son enfance jusqu'à quatorze ans. Rougeole, dyphtérie. Au début de la maladie en février 1921, pas de ganglions indurés perceptibles dans la région cervicale. Avant la période d'invasion épistaxis intenses et répétés.

Du premier au cinquième jour : angine avec déglution difficile, disparu le quatrième jour, éruption évoluant normalement. Température oscillant de 38°2 le matin aux environs de 38°9 le soir du troisième au septième jour.

Le sixième jour : éruption disparue, langue desquamée, raideur des mouvements du cou.

Le septième jour : poussée d'adénite sous-maxillaire bilatérale; paquets ganglionnaires volumineux avec périadénite, douloureux à la pression, pas d'angine. Le huitième jour la température vespérale dépasse légèrement 39 degrés, pas d'albumine.

Les neuvième et dixième jours: stabilisation de la température autour de 37°5. Résolution de l'empâtement et diminution considérable des ganglions.

Le quinzième jour : début de la desquamation par la face. Vers le vingtième jour, ganglions sous maxillaires de la grosseur d'une noisette, puis un seul ganglion subsiste à gauche de la grosseur d'un pois ; desquamation du tronc. Température aux environs de 37 degrés.

Le vingt-cinquième jour : sensation de douleur à la gorge, le lendemain disparition de cette douleur, mais frisson le soir, la température monte à 37°6 ; le vingt-septième jour le seul ganglion subsistant à gauche atteint la grosseur d'une noix ; il est mal délimité, douloureux à la pression; température autour de 37°8, pas d'angine ni d'albumine.

Jours suivants, disparition rapide de l'engorgement, le ganglion subsiste encore quelque temps, grosse desquamation s'étendant aux mains et aux pieds.

OBSERVATION III (Inédite)

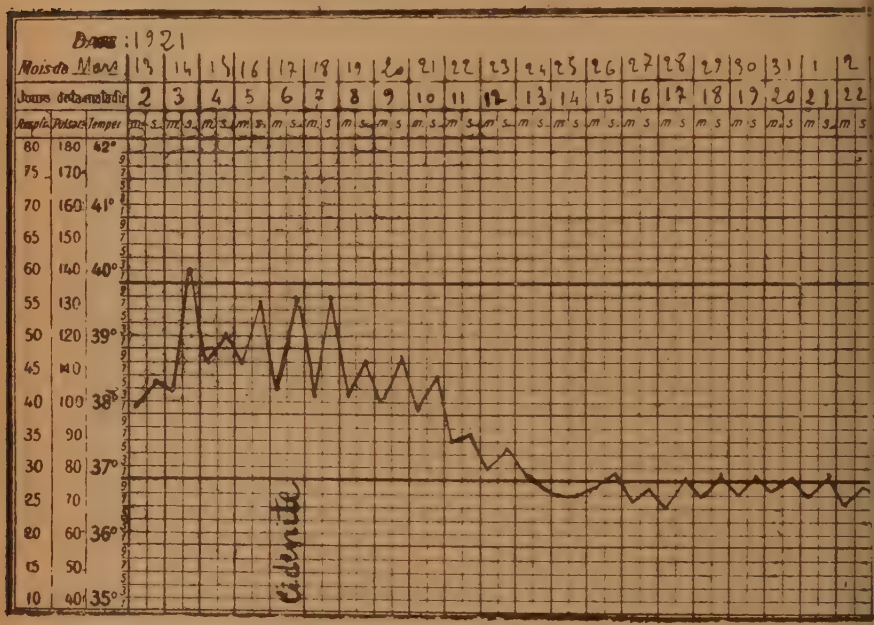
Adénite avec fièvre à grandes oscillations

Y. N..., douze ans.

Pas d'antécédents intéressants. Entrée à l'hôpital le deuxième jour avec éruption sur le tronc, angine scarlatineuse avec petits ganglions sous-maxillaires à droite et à gauche. Température vespérale : 40°2 le troisième jour avec pouls à 132. Les trois jours suivants température vespérale à 39°8 avec rémission matinale vers 38°4.

Le sixième jour : éruption atténuée, enanthème de tout le voile du palais, langue dépouillée, léger enduit pultacé sur les

deux amygdales, persistance de la douleur de la gorge, dysphagie, deux ganglions sous-maxillaires à droite, deux autres à gauche, de la grosseur chacun d'une amande, douloureux à la pression, toux légère sans signes physiques. Température : 38°4 39°8. Pouls : 108.



Le septième jour : diminution de l'enduit pultacé, un ganglion apparaît sur l'angle du maxillaire droit ; température : 38°4-39°8. Le lendemain, éruption et angine disparues, douleur légère aux poignets sans tuméfaction avec légère température locale, plus de douleurs à la gorge, température : 38°4-38°8. Le dixième jour, ganglions moins volumineux et moins douloureux, plus rien aux poignets, température encore aux environs de 38°5. Le lendemain, chute de la fièvre : 37°6-37°7.

Les jours suivants, adénite persistant surtout à droite, avec un peu d'empâtement, aucune douleur à la pression ; desquamation du tronc et des bras.

A la fin de la convalescence, deux petits ganglions à droite, un à gauche subsistent encore, sans aucune réaction douloureuse.

OBSERVATION IV (Inédite)

G. de P..., dix-huit ans, étudiant.

Pas d'antécédents héréditaires. Né aux Antilles, bronchite aiguë à son retour en France, rougeole. A eu une mastoïdite droite suppurée cinq mois avant la scarlatine actuelle. Scarlatine ayant débuté en avril 1921 par mal à la gorge et angine, puis éruption caractéristique. Température descendue progressivement de 39°6 à 37°8.

Le sixième jour : éruption disparue, légère constipation, température vers 37°5.

Le huitième jour : desquamation aux pieds en larges plaques, température : 37°4-37°9. Le lendemain, léger torticolis, langue saburrale, un petit point blanc sur l'amygdale droite ; chaîne ganglionnaire cervicale droite descendant jusqu'à la clavicule, un ganglion de la grosseur d'une amande au tiers inférieur, les autres plus petits, température : 37°4 38 degrés. Le dixième jour, disparition de l'angine, température : 38°-37°6.

Le onzième jour : langue mieux dépouillée, desquamation s'étendant aux mains et au tronc. Amélioration de l'adénite, qui disparaît le lendemain sans laisser de traces et sans récidiver. Evolution normale de la scarlatine jusqu'à la fin de la scarlatine.

OBSERVATION V (Inédite)

C. R..., 10 ans.

Antécédents nuls. Scarlatine déclarée en février 1921 par des vomissements, de la dysphagie. Au début, présence constatée à gauche de ganglions indurés et douloureux à la pression. Le deuxième jour, éruption généralisée, muco-pus dans le pharynx, constipation, température : 38°4-38°9. Le troisième jour température : 37°5-39°4. Le quatrième jour, disparition de la douleur

à la gorge, muco-pus moins abondant, température : 37°8-38°4.

Le cinquième jour, nouvelle poussée ganglionnaire à gauche, avec un peu de périadénite, température : 37°9-38°8 ; le sixième jour : 37°8-38°5 ; le lendemain, diminution notable des phénomènes aigus ganglionnaires, température : 37°4-37°4.

Les jours suivants, disparition de l'adénite, mais persistance d'un petit ganglion à gauche pendant toute la convalescence. Evolution normale de la scarlatine sans autre complication.

OBSERVATION VI (Inédite)

M. G..., 17 ans, anglaise.

Pas d'antécédents héréditaires. La malade a eu la rougeole ; six mois après est survenu un petit abcès froid en arrière du sterno-cléido-mastoïdien gauche, qui a guéri après ponction ; immédiatement après un second abcès s'est développé du même côté sous l'apophyse mastoïde ; la cicatrisation de ces deux abcès a été terminée en trois mois. A l'entrée à l'hôpital en mars 1921, on retrouve les deux cicatrices et, au tiers supérieur de la chaîne cervicale gauche, deux ganglions de la grosseur d'un pois.

Le troisième jour, éruption nettement scarlatineuse, s'accompagnant d'angine avec petits exsudats gris sur l'amygdale gauche, pas d'adénite, température descendue de 39° aux environs de 37°8.

Les quatrième et cinquième jours, disparition des exsudats, le fond du pharynx reste rouge, éruption très atténuée.

Le huitième jour, forte poussée ganglionnaire sous-maxillaire gauche avec grosse périadénite et participation des téguments, température : 37°5-38°.

Le neuvième jour, léger point d'exsudat sur l'amygdale gauche, trysmus assez marqué, langue saburrale, pouls à 108, température : 38°-38°4. Le dixième jour, température : 37°8-38°.

Le onzième jour, diminution de l'empâtement ganglionnaire, encore un peu de trysmus, petite ulcération sur l'amygdale gauche, température : 37°5-37°7.

Le douzième jour, amélioration de l'ulcération amygdalienne, très légère érosion à l'amygdale droite, léger trysmus, région sous-maxillaire gauche moins douloureuse, plans superficiels mobiles à ce niveau, on découvre à droite deux petits ganglions non douloureux sur le sternocléidomastoïdien, un autre sous maxillaire. Le lendemain, rien au pharynx.

Les jours suivants, la température revient à la normale le quinzième jour, pendant longtemps persistance de petits ganglions indurés à droite et à gauche, la convalescence s'achève sans autre complication.

OBSERVATION VII (Inédite)

L. E..., 17 ans.

Cicatrice d'abcès froids sur le sternocléidomastoïdien. A l'entrée au service de contagieux en mars 1921, la malade présente un abcès froid sous-mentonnier droit ponctionné récemment et suppurant encore. Un ganglion de la grosseur d'une noisette subsiste à gauche au tiers moyen de la chaîne cervicale, à droite un plus petit sous-maxillaire.

Scarlatine légère avec fièvre n'ayant pas dépassé 38°2. Le quatrième jour, léger gonflement d'un ganglion sous-maxillaire avec un peu de périadénite, pas de douleur à la pression, pas d'autre réaction ganglionnaire, stabilisation de la température vers 37°5. Le sixième jour plus de périadénite, température revenue à 37°.

Les jours suivants disparition progressive et complète du ganglion enflammé, mais persistance sans modification des ganglions découverts à l'entrée dans le service, grosse desquamation et convalescence normale.

OBSERVATION VIII (Inédite)

A. M..., 9 ans.

Rougeole six mois auparavant, guérie avec à la suite persistance de ganglions sous-maxillaires à droite.

Scarlatine déclarée en novembre 1920 évoluant normalement, température à 39°8 pendant les deux premiers jours, se tenant ensuite pendant six jours aux environs de 38°4, puis retour rapide à la normale.

Adénite bilatérale sans complication d'angine ayant débuté le sixième jour, accompagnée de périadénite; régression des phénomènes inflammatoires avec la fièvre. Persistance de quelques ganglions à droite, dont deux de la grosseur d'une amande subsistent encore six mois après la guérison. Convalescence sans complication.

OBSERVATION IX (Inédite)

M. M..., 16 ans, employé de commerce, frère du précédent.

Entérite dans la première enfance. Petits ganglions indurés sous-maxillaires et cervicaux existant au début de la maladie en février 1921, qui s'est annoncée par des vomissements et de l'amygdalite.

Le deuxième jour, éruption très violente de couleur framboisée, très légère participation des ganglions du cou, température : 40°1-40°6.

Le troisième jour, température : 40-39°5. Les troisième, quatrième et cinquième jours, traces d'albumine, diminution de l'angine; température du cinquième jour : 38°5-38°7.

Les sixième, septième et huitième jours, température descendue vers 37°5, éruption affaiblie, langue vernissée, douleur angineuse disparue, pas d'albumine.

Le neuvième jour, poussée d'adénite intéressant les ganglions sous-maxillaires et cervicaux, ainsi qu'un ganglion situé sur l'angle du maxillaire inférieur droit, température : 37°7-38°2.

Le dixième jour, peu d'empâtement des ganglions, qui ont le volume d'une amande, sont douloureux à la pression, pas d'angine, pas d'albumine, température : 38°1-39°2.

Le onzième jour, éruption disparue, température : 39°6-39°9.

Le douzième jour, température : 39°2-39 degrés.

Le treizième jour, résolution des phénomènes aigus de l'adénite, défervescence brusque, température : 38°1-37°6.

Jours suivants, température aux environs de 37 degrés, effacement très lent des ganglions qui subsistent encore, très nettement perceptibles à la fin de la convalescence. Pas d'autre complication.

OBSERVATION X (Inédite)

S. L..., 13 ans.

Quatre frères ou sœurs, dont un frère atteint de coxalgie à 3 ans, une sœur morte de méningite. Pas de traces d'adénite ancienne à l'entrée à l'hôpital.

Maladie ayant débuté par céphalée et angine. A l'entrée à l'hôpital, pharynx rouge et éruption scarlatineuse, deux petites ulcérations herpétiques sur l'amygdale droite, vite disparues, une sur le pilier antérieur disparue au bout de cinq jours. Température vers 38 degrés le premier jour, ayant oscillé entre 38 et 39 degrés jusqu'au huitième jour et étant revenue à la normale au douzième jour.

Le quatrième jour, grosse tuméfaction des ganglions situées à la partie inférieure du sternocléidomastoïdien, sensation d'empâtement, ayant regressé au bout de huit jours.

Jamais d'albumine, desquamation légère, pas d'autre complication.

Persistance de ganglions indurés à droite et à gauche, roulant sous le doigt, jusqu'à la fin de la convalescence.

Nota. — Toutes les observations originales ont été recueillies dans le service de M. le Dr Ferrand à l'hôpital Saint-Joseph (Pavillon des contagieux).

CONCLUSIONS

1° A côté des complications classiques signalées au cours de la scarlatine, il existe au cours de la deuxième semaine une forme fréquente d'adénite peu décrite ;

2° Elle se distingue des autres accidents ganglionnaires survenant pendant la maladie par ses caractères bien nets et spécialement par :

a) Son début qui a lieu du cinq ou sixième au douzième jour ;

b) De la température et une réaction locale minime ;

c) Son évolution rapide ;

d) Son pronostic bénin, sans jamais de suppuration ;

3° Elle explique les poussées thermiques de la première décade de la maladie ;

4° Il est intéressant de connaître cette adénite pour éviter de rechercher à cette élévation thermique une autre raison de complication viscérale ;

5° Sa présence bien caractérisée apporte une nouvelle présomption en faveur d'un diagnostic de scarlatine incertain.

Le Président de la thèse,
CH. ACHARD

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Deverre (G.). — Diagnostic rétrospectif de la scarlatine (Journal de Médecine de Paris, novembre 1912).

Fiessinger (Ch.). — Le pronostic de la scarlatine (Journal des Praticiens, août 1920).

Guyonnet. — Les adénites de la scarlatine. Thèse de Paris, 1908.

Gumprecht. — Zur Kenntnis des Nachtfiebers beim Scharlach (Deutsche med Wochenschrift, 1888).

Kurwinski et Pastor. — In Iahrbuch fur Kunderheilkunde. Bd. 19. S. 507.

Morichan Beauchant. — Fièvres prolongées avec adénites cervicales et affections pharyngées légères chez les enfants (Archives médico-chirurgicales du Poitou, juillet 1908).

Schick. — Die postkarlatinose Lymphadenitis (Jahrbuch fur kinderheilkunde, 1905).

Strmbo. — Ueber die diagnostische und prognostische bedentung der sekundaren lymphadrusenschwellung bei Scharlach (Deutsche med. Wochenschrift, 1900).

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 5090-21